

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – MOSSORÓ-RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ISADORA RODRIGUES CAVALCANTE

**OPINIÃO DE GESTANTES SOBRE A ORIENTAÇÃO DO PARTO
HUMANIZADO DURANTE A CONSULTA PRÉ NATAL EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

**MOSSORÓ
2012**

ISADORA RODRIGUES CAVALCANTE

**OPINIÃO DE GESTANTES SOBRE A ORIENTAÇÃO DO PARTO
HUMANIZADO DURANTE A CONSULTA PRÉ NATAL EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE/RN, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Esp. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ
2012

ISADORA RODRIGUES CAVALCANTE

**OPINIÃO DE GESTANTES SOBRE A ORIENTAÇÃO DO PARTO
HUMANIZADO DURANTE A CONSULTA PRÉ NATAL EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada pela aluna Isadora Rodrigues Cavalcante do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado (a) em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)
ORIENTADORA

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico este trabalho aos meus pais, a todos os meus familiares e a todos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida e por guiar meu caminho com seu manto de bênçãos, iluminando meus passos com toda sabedoria.

Aos meus pais Edileusa e Carlos, pelo amor, carinho e dedicação, por ser minha fortaleza para os momentos de dificuldade, por me incentivarem a sempre seguir o caminho de vitórias e realizações, e sem medir esforços me acompanham na realização dos meus ideais, ensinando-me a viver a vida com dignidade.

A minha irmã Isabelly, por ser companheira e amiga apesar dos momentos difíceis, que com sua inteligência e beleza sabe alegrar o meu dia, mostrando-me que viver com bom humor sempre vale a pena.

Aos meus avós Antonia e Enedino, pela dedicação e carinho. Um amor no qual é perceptível através apenas do olhar sincero.

A toda minha família e amigos, pela união e pela felicidade que são nítidas nos nossos encontros, pela nossa parceria de sucesso, e por saber que sempre posso contar.

A minha orientadora Verusa Fernandes, pela receptividade, pela parceria, pelo compromisso, pela troca de conhecimentos e principalmente pela amizade que se construiu com verdade.

As professoras, Patrícia Helena e Joseline Pereira, por terem aceitado participar da minha banca, e pelas valiosas contribuições a este trabalho.

As minhas amigas Camila, Talícia e Roberta, que durante nossa vida acadêmica construímos uma amizade cheia de alegrias, cumplicidade, vitórias, conquistas e superação de momentos de dificuldade através da nossa união, enfim uma amizade ímpar que não ficará restrita a nossa caminhada como acadêmicas de enfermagem, será eterna. Posso dizer que minha formação e minha vida não seriam as mesmas sem vocês.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram ao meu lado, para a concretização do meu objetivo. Muito obrigada.

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.”

Martin Luther King

LISTA DE GRAFÍCOS

Gráfico 1 – Distribuição das gestantes de acordo com a idade e o estado civil.....	25
Gráfico 2 – Distribuição dos fatores escolaridade e ocupação dentre as gestantes entrevistadas.....	26
Gráfico 3 – Porcentagens de fumantes e etilistas dentre as gestantes entrevistadas.	27
Gráfico 4 – Quantidade de filhos das gestantes e mês de gestação atual.....	28
Gráfico 5 – Resposta para o questionamento “A senhora conhece quais são os tipos de parto? Quais?”	29
Gráfico 6 – Desejo das gestantes sobre qual tipo de parto gostariam de ter.....	31

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Idéia Central e as Expressões-Chave a questão: “Como à senhora vê as orientações do enfermeiro sobre o tipo de parto?”	30
Quadro 2 – Idéia central e expressão chave da questão “Porque fez essa escolha”. 32	
Quadro 3 – Idéia central e expressão chave da questão “O que a senhora entende como parto humanizado?”	33
Quadro 4 – Ideia central e expressão chave para a questão “Na consulta pré-natal, a senhora recebe algumas orientações sobre manobras de alívio da dor para na hora do parto? SIM ou NÃO? Quais?”	34
Quadro 5 – Idéia central e expressão chave para o questionamento “Na sua opinião, as orientações ofertadas durante as consultas do pré natal nesse ultimo trimestre são satisfatórias? Porque?”	36
Quadro 6 – Idéia central e expressão chave a questão “Como a senhora vê a assistência de enfermagem prestada durante as consultas do pré natal?”	37

LISTA DE ABREVIATURAS

C e D – Crescimento e Desenvolvimento

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DCP – Desproporção Céfalo Pélvica

DPP – Data Provável do Parto

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

DUM – Data da Última Menstruação

HCG – Gonadotrofina Coriônica Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

RN – Recém Nascido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

RESUMO

O pré-natal então consiste em um acompanhamento clínico - obstétrico da gestante, buscando seu acolhimento, desde o início de sua gravidez, escutando-a em suas dúvidas e medos, respeitando suas crenças, informando-a sobre suas mudanças corporais, e orientando-a quanto ao parto e aos cuidados com o recém nascido. A presente pesquisa objetivou analisar na opinião de gestantes sobre a orientação do parto humanizado durante a consulta de pré-natal. O tipo de pesquisa é descritiva exploratória com abordagem quanti-qualitativa, foi realizada em Unidades de Saúde da Família de Mossoró – RN. A amostra foi constituída por 09 gestantes, utilizado como instrumento de pesquisa do tipo Formulário, após aprovação do Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB, haja vista a necessidade da obediência à Resolução CNS 196/96 e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Os dados quantitativos foram analisados com base no enfoque do método quantitativo, apresentados em forma de tabelas ou gráficos discutido a luz da literatura pertinente e os qualitativos foram apresentados com o DSC (discurso do sujeito coletivo). Os resultados obtidos foram: observou-se que as grávidas estão em predominância na faixa etária de 21 a 29 anos com 56%, totalizando 5 gestantes. A grande maioria das pesquisadas 45% (4 gestantes) conseguiu concluir o ensino médio. Verificou-se 100% das gestantes não são etilistas e/ou fumantes. Constatou-se que grande parte da amostra entrevistada, estão a espera do 1º filho (45%), 33% já tem um filho (a) e apenas 22% já possuem 2 filhos e estão a espera do seu terceiro. 89% das entrevistadas conhece os tipos de parto existentes, especificando que têm o parto cesáreo que acontece por via cirúrgica e o parto normal por via vaginal chamado também de espontâneo. E apenas 11% respondeu que não sabe quais são os tipos de parto que estão disponíveis. É possível analisar que muitas mulheres acreditam receber do enfermeiro (a) uma orientação adequada. Observou-se um aumento da escolha pelo parto cesáreo, por via cirúrgica, com 44% de opção das entrevistadas. Boa parte da população entrevistada que optou pelo parto normal, a de melhor recuperação, dor e orientações do enfermeiro durante as consultas de pré-natal. Observou-se a maioria das gestantes não sabem o conceito de parto humanizado, porém o grande agravo consiste em elas referirem nunca terem ouvido sobre tal assunto, ressaltando que as informações não chegam através de veículos de comunicação e nem de consultas de pré-natal, seja a mesma realizada pelo enfermeiro ou médico. Verificou-se que grande parte das mulheres encontrava-se no início do terceiro trimestre, portanto no 7º mês de gestação, alegando assim que ainda não tinham recebido orientações de enfermagem durante as consultas de pré-natal sobre manobras de alívio da dor. Durante o desenvolver da pesquisa pode-se observar e analisar que esta deficiência se reflete no não conhecimento das gestantes sobre o que é parto humanizado, informação esta que deveria ser esclarecida em uma consulta de pré-natal, já que muitas referem não ter esta informação através dos veículos de comunicação.

Palavras-chave: Unidade de Saúde. Gestante. Pré-natal.

ABSTRACT

Prenatal care consists of a clinical-obstetric accompaniment for pregnant women, seeking her reception, since the beginning of her pregnancy, listening to her doubts and fears, respecting her beliefs, informing her about her body changes, and guiding her regarding the birth and care for the newborn. This study aimed to analyze the opinion of women on the direction of humanized childbirth during prenatal consultation. This is an exploratory and descriptive research with quantitative-qualitative approach, it was performed in the Family Health Units Mossoró-RN. The corpus consisted of 09 pregnant women, and a form was used as instrument for the research. After being approved by the Ethics Committee of FACENE – FAMENE João Pessoa-PB, considering the necessity of obedience to the Resolution CNS 196/96 and Code of Ethics of Nursing Professional. Quantitative data were analyzed based on the perspective of the quantitative method, presented in tables or graphs discussed under the light of the pertinent literature. And qualitative data were presented through the CSD (collective subject discourse). The obtained results were: it was observed that the pregnant women are predominant aged between 21-29 years old, that is 56%, a total of five pregnant women. The great majority of the interviewed women 45% (4 patients) was able to complete high school. It was found that 100% of the pregnant women are not alcoholics and/or smoker. 89% of respondents are aware of the existing modes of delivery, specifying that there is a cesarean delivery that happens surgically and normal birth through the vaginal route also called spontaneous. And only 11% did not know what types of delivery are available. It is possible to analyze that many women believe they receive proper orientation from the nurse. There was an increase in choice for cesarean section, surgically, with 44% of the interviewees' option. A good part of the population interviewed who opted for normal delivery, the one with best recovery, pain and the nurse's guidance during prenatal consultations. It was observed that the majority of women do not know the concept of humanized delivery; however the greatest grievance is that they assert that they have never heard about such a subject, noting that the information neither arrives through the media, nor from prenatal consultations, even if it is accomplished by the nurse or the doctor. It was found that most women were at the beginning of the third quarter of pregnancy. Therefore in the 7th month of pregnancy, claiming that they had not yet received nursing guidelines during consultations on pre-natal maneuvers of pain relief. During the development of this research it could be observed and analyzed that this deficiency is reflected in the lack of knowledge of women about what humanized birth is. This information should be clarified in an outpatient prenatal care, since many women include not having this information through the media.

Keywords: Health Unit. Pregnant Women. Prenatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 BREVE RELATO DOS PROGRAMAS E DA POLÍTICA DA SAÚDE DA MULHER.....	15
3.2 A CONSULTA PRÉ- NATAL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
3.3 ORIENTAÇÕES PARA O PARTO HUMANIZADO.....	19
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	22
4.2 LOCAL DE PESQUISA.....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO.....	24
4.8 FINANCIAMENTO	24
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	25
5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	25
5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	28
5.2.1 Entendimento das Participantes sobre o Parto.....	29
5.2.2 Concepção das Gestantes sobre o Parto Humanizado.....	33
5.2.3 A Visão das Gestantes sobre a Consulta Pré-Natal.....	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	44
ANEXO.....	49

1 INTRODUÇÃO

A atenção em saúde da mulher começou a ser destaque no cenário brasileiro com sua alta taxa de mortalidade e morbidade durante o período gestacional, devido ao não acompanhamento de tal processo de transformação do seu corpo com qualidade. A partir deste índice, no ano de 1970 a atenção materna infantil ganhou prioridade e destaque perante o Ministério da Saúde, com o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) (XIMENES NETO et al. , 2008).

O PAISM foi institucionalizado apenas em 1983, devido a manifestações de mulheres juntamente com discussões técnicas de profissionais de saúde, e busca atender as necessidades globais da saúde da mulher, assim como a resolutividade em várias áreas de atendimento, como o ginecológico, o educativo, sexualidade, e o aperfeiçoamento da assistência pré-natal (GONÇALVES et al. , 2008).

Para isso, o Ministério da Saúde (MS) institucionalizou em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o qual é preconizado um pré-natal com atendimento qualificado para todo o período gravídico da mulher, respeitando as suas escolhas e estimulando a promoção da saúde de qualidade para ambos do binômio mãe-filho, assegurando a cobertura integral em saúde (XIMENES NETO et al. , 2008). Assim que foi criado e institucionalizado, o programa foi aderido em cerca de 72% do municípios brasileiros, sendo cadastradas no ano de 2002 uma cobertura de mais de 500.000 mulheres, segundo os dados do SISPRE-NATAL (SERRUYA, 2003).

O pré-natal então consiste em um acompanhamento clínico - obstétrico da gestante, buscando seu acolhimento, desde o início de sua gravidez, escutando-a em suas dúvidas e medos, respeitando suas crenças, informando-a sobre suas mudanças corporais, e orientando-a quanto ao parto e aos cuidados com o recém nascido (BRASIL, 2000).

Durante as consultas de pré-natal, a gestação da mulher sempre passará por uma classificação de risco, podendo esta ser de alto ou baixo risco. Portanto seu período gravídico deve ser acompanhado tanto pelo médico como pelo enfermeiro, porém se a gestante estiver classificada na gestação de baixo risco, seu acompanhamento pode ser inteiramente feito pelo enfermeiro, de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 94406/87 (GONÇALVES et al. , 2008).

Em se tratando de pré-natal, o parto humanizado sempre estará presente como

informação durante as consultas. Entende-se por parto humanizado, aquele em que o profissional de saúde respeita a individualidade de cada mulher, no que diz respeito a crenças, culturas, valores, opiniões, medos, dúvidas enfim, um parto em que o enfermeiro deve ouvir a mulher no que ela está sentindo, tornando-a verdadeira protagonista do processo gravídico (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Devido à afinidade com o tema proposto, juntamente com a vivência acadêmica nas atividades práticas integradoras de Enfermagem em saúde da mulher e Enfermagem em obstetrícia e neonatal, pude perceber itens muito relevantes para o não desenvolvimento do parto humanizado com qualidade, haja vista a importância deste trabalho e a relevância que o mesmo irá contribuir na perspectiva de mudanças nos serviços de saúde, para a vida das gestantes, para a minha vida acadêmica/profissional e principalmente para a enfermagem.

Portanto as questões que norteiam esta pesquisa são: o entendimento que as gestantes têm de que o parto cesárea não irá lhe trazer dor durante o trabalho de parto, tendo então em mente a escolha via cirúrgica já pré estabelecida. E o segundo elemento é a escassez das informações prestadas pelos profissionais enfermeiros durante a consulta pré-natal sobre orientações que auxiliem as mulheres quanto a minimização da tensão, do medo e principalmente da dor durante o trabalho de parto, não estimulando assim o aumento dos índices da via vaginal, que traz muitos benefícios a gestante e ao bebê.

Diante de tais inquietações acima citadas, faço o seguinte questionamento: Será que as gestantes recebem as devidas orientações no pré-natal para um parto humanizado?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar na opinião de gestantes sobre a orientação do parto humanizado durante a consulta de pré-natal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação social das gestantes entrevistadas;
- Analisar o conhecimento das gestantes sobre o parto humanizado;
- Verificar na concepção das gestantes as orientações oferecidas pelos os enfermeiros para a escolha do melhor tipo de parto;
- Conhecer na opinião das gestantes a assistência de enfermagem durante as consultas ao pré-natal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE RELATO DOS PROGRAMAS E DA POLÍTICA DA SAÚDE DA MULHER

Para uma conduta de qualidade no processo do pré-natal, o Ministério da Saúde vem com o passar dos anos melhorando a sua política para alcançar tal resultado. No ano de 1970 o PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) foi criado pelo MS (Ministério da Saúde), pois viu-se a necessidade de uma melhora dos altos índices de morbi-mortalidade materno-fetal brasileira (XIMENES NETO et al., 2008). O programa teve por princípio básico assistência em todas as áreas de atendimento dando atenção a saúde reprodutiva da mulher, apontando uma maior autonomia da mesma sobre seu corpo e vida (BRASIL, 2011b).

Com relação a qualidade da assistência pré- natal, o Ministério da Saúde junto com o PAISM estabeleceu requisitos para que se consiga tal objetivo, como captar gestantes na comunidade para que se possa realizar o acompanhamento da processo gravídico por completo, garantir consultas e reuniões educativas, ter ambiente físico adequado para as consultas, assim como equipamentos e instrumentos adequados e mínimos, não esquecendo de apoio laboratorial e medicamentos básicos (SHIMIZU; LIMA , 2009).

Com o passar do tempo e a evolução da saúde da mulher, no ano de 2000 foi institucionalizado pelo MS o Programa de Humanização no Pré natal e Nascimento (PHPN) no qual foi embasada no princípio de assegurar a gestante o direito ao atendimento e parto humanizado com qualidade (XIMENES NETO et al. , 2008). Portanto o MS caracteriza o programa da seguinte maneira:

Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados coma diretrizes institucionais. O objetivo principal é reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. (BRASIL, 2001, p. 26)

Tal programa estabelece os seguintes critérios: a primeira consulta de pré- natal deve ser inicializada o mais cedo possível tendo um prazo máximo de até o quarto mês de gestação; garantir a realização de no mínimo seis consultas de pré- natal e uma

consulta puerperal até o quadragésimo segundo dia; exames laboratoriais como ABO – Rh, hemoglobina/ hematocrito; glicemia de jejum; urina tipo 1 (no qual este irá ser repetido na 30ª semana de gestação); sorologia para hepatite B e toxoplasmose; VDRL, entre outros, lembrando sempre de realizar a classificação de risco gestacional tanto na primeira consulta como nas seguintes (BRASIL, 2006). Assim tal política busca melhorar a cobertura do acompanhamento da saúde do binômio mãe-filho.

De acordo com o Ministério da Saúde, a gestação é um processo único, onde a mãe deve ser tida como o sujeito protagonista de todo o ciclo gravídico, onde o profissional de saúde será apenas um coadjuvante com importante papel nesta experiência (BRASIL, 2001; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

A partir de todo esse crescimento no cenário da saúde brasileira, o MS em 2003 construiu também a partir do PAISM, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), onde a saúde da mulher foi analisada sobre seus avanços com o passar do tempo. Porém, só no ano de 2004 no mês de maio essa política foi oficializada (BRASIL, 2011b).

3.2 A CONSULTA PRÉ- NATAL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

A consulta pré- natal nas UBS deve ser acompanhada tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, porém de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem - decreto de nº94.406/87, como a lei federal brasileira nº7498/86, o enfermeiro pode acompanhar de forma completa uma gestante de classificação de baixo risco (GONÇALVES et al., 2008). A gestação de baixo risco, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve como uma gestação de origem espontânea e que permanece sem complicações durante todo o período gravídico, oferecendo condições de saúde para o binômio mãe-filho mesmo após o nascimento (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Portanto assegurar uma assistência pré- natal de qualidade é um momento privilegiado para esclarecer dúvidas no contexto individualizado, debatendo questões únicas para cada mulher, familiares e parceiros (BRASIL, 2000).

A consulta pré - natal de baixo risco realizada pelo (a) enfermeiro (a) nas UBS, deverá ser contemplada a conduta de qualidade em todos os trimestres da gestação. A gestação é dividida por tanto em três fases: abaixo de 13 semanas corresponde ao

primeiro trimestre de gestação, o segundo trimestre entre 14 e 27 semanas e o terceiro trimestre acima de 28 semanas (BRASIL, 2000).

Segundo o Manual Técnico de Assistência ao pré-natal do MS do ano de 2000, o diagnóstico da gravidez deve ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade básica, baseado em um atraso ou irregularidade menstrual, náuseas e aumento do volume abdominal. Já de acordo com Montenegro, o diagnóstico da gravidez se dará pelo diagnóstico clínico que é caracterizado pelo conjunto de sinais e sintomas que se dividirá em três tipos: os sinais de presunção, os sinais de probabilidade e os sinais de certeza, além do diagnóstico hormonal e o diagnóstico ultra-sonográfico (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

O diagnóstico clínico começa com os sinais de presunção, no qual consistem os seguintes elementos: amenorréia (que é o sinal mais precoce), náuseas, congestão mamária e polaciúria. Os sinais de probabilidade são a persistência da amenorréia, com atraso de até 14 dias da menstruação; o aumento do volume uterino; alteração da consistência uterina, que quando não gravídico tem uma consistência firme, já gravídico tem uma consistência cística elástico-pastosa conhecido como sinal de Hegar; alteração da forma uterina, chamando a atenção para a coloração violácea das mucosas; além do volume abdominal que percebe-se por volta da 16ª semana. E por fim os sinais de certeza que são dados pela presença do bebê, através do sinal de Puzos (quando faz o toque e o colo do útero é mole) presente na 14ª semana; percepção e palpação dos movimentos ativos pelo feto que envolve a 18ª semana e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais que envolvem a 21ª semana realizado através do estetoscópio de Pinard ou com Sonnar-Doppler (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

O diagnóstico hormonal serve para um melhor parâmetro de confirmação da prenhez, no qual apoia na produção de gonadotrofina coriônica humana (HCG) pelo ovo, onde serão feitos o teste imunológico, o teste radio - imunológico e o teste de Elisa. E o diagnóstico ultra-sonográfico que é o de imagem no qual será realizado durante todo o período gravídico da mulher (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008)

Assim que é confirmada a gravidez, imediatamente o profissional já deve realizar o acolhimento dessa mulher para se iniciar seu pré-natal. Inicialmente o enfermeiro deverá realizar a identificação da paciente, colher seus dados socioeconômicos, informa-se sobre seus antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, como desenvolveu a sua sexualidade, e informações sobre sua gestação atual como data da última menstruação (DUM), calcular a idade

gestacional e a data provável do parto (DPP), sinais e sintomas da gestação em curso, e se a mesma foi desejada ou não. Deve-se realizar o exame físico geral da paciente e obstétrico que irá englobar avaliação das mamas, medida da altura uterina, inspeção das genitais externas, e quando possível auscultar os batimentos cardíacos e identificar a apresentação fetal, no qual esses dois últimos citados deverão ser de extrema importância no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2000).

Segundo o autor supracitado, além disso, deve-se solicitar todos os exames laboratoriais, informando a gestante a importância dos mesmos, perguntar suas dúvidas, medos, esclarecer as transformações iniciais de seu corpo, e desde já explicar a importância do acompanhamento de seu parceiro nas consultas de pré-natal, assim a assistência a esse programa, torna-se um momento adequado e privilegiado, para um vínculo de confiança e segurança entre o profissional e a paciente garantindo de forma individualizada uma assistência completa (BRASIL, 2000).

Assim a consulta de enfermagem é classificada de suma importância para a qualidade da assistência ao pré - natal, pois ela tem a finalidade de garantir a cobertura total de todas as consultas, através de ações educativas de promoção e prevenção da saúde (SHIMIZU; LIMA, 2009). Cabe ao enfermeiro a técnica e sensibilidade de saber ouvir as gestantes em sua comunicação, ou seja, o enfermeiro tem de conhecer e se interessar no contexto da vida de cada mulher ajudando-a a compreender a maternidade (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2008).

Cada trimestre de gestação terá suas devidas e adequadas informações para seu momento gravídico, assim a cada consulta o enfermeiro irá orientar a gestante a novas práticas de saúde do binômio mãe-filho, e realizando sempre sua classificação de risco, que dependendo de diversos fatores tanto intrínsecos como extrínsecos, irá mudar. O Ministério da Saúde refere da seguinte forma os fatores de risco da gravidez:

Idade menor que 17 ou maior de 35 anos, ocupação:esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse, situação conjugal insegura, baixa escolaridade (menos de 5 anos), condições ambientais desfavoráveis, altura menor que 1,45 m e peso menor que 45 Kg e maior que 75 Kg, dependência de drogas lícitas ou ilícitas (BRASIL, 2000, p.25).

Portanto para as consultas subsequentes à primeira conversa, será realizada a revisão das informações já colhidas, controle do calendário de vacina, exame geral e obstétrico, realização de ações educativas, avaliação nutricional e agendamento para a

próxima consulta (BRASIL, 2000).

As consultas de pré-natal poderão ser desenvolvidas tanto na unidade básica como durante visitas domiciliares. O calendário das consultas subsequentes do pré-natal é distribuído em seis consultas mínimas, sendo catalogadas preferencialmente da seguinte forma: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e as três últimas consultas no último trimestre de gestação (BRASIL, 2006).

3.3 ORIENTAÇÕES PARA O PARTO HUMANIZADO

O conhecimento das gestantes sobre a importância da amamentação, a vacinação e principalmente o preparo do parto, são limitados assim como o conhecimento sobre a importância do pré-natal. Por isso o grande valor do acolhimento e das orientações do enfermeiro, para minimizar possíveis complicações nesse período, devido a detecção de risco precocemente (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

No terceiro trimestre da gestação, com o momento a proximidade do parto, a mulher fica muito ansiosa e até mesmo com medo - pela dor ou pela morte por exemplo, além de aumentarem as queixas físicas. Portanto além da ajuda técnica, a enfermagem deve procurar nesse momento evitar o excesso da mesma, e buscar o apoio psicológico, para que se possa criar condições de escuta e alívios da dor sobre algumas orientações, que serão transmitidas de forma clara e simples (BRASIL, 2006).

A partir das 28 semanas, que representa a chegada do terceiro trimestre, a ansiedade é o primeiro sentimento que a mulher tem pela chegada de seu filho. Para que essa emoção não se torne uma “vilã” no trabalho de parto faz-se desde já nas consultas quinzenais e posteriormente semanais do pré-natal, o papel do enfermeiro no controle de tal sensação. Esse controle se dará pela via do diálogo com a mãe e também com seu acompanhante, expondo todo o processo de trabalho de parto (BRASIL, 2001).

De acordo com o autor supracitado, o diagnóstico do trabalho de parto de faz em geral seguindo as indicações: contração uterina que será em intervalos regulares, e progredindo para o aumento dessas contrações com o passar do tempo, que deve durar de 20 a 60 segundos com intervalos de 3 a 5 minutos. E a dilatação progressiva do colo uterino (BRASIL, 2001).

As indicações para o trabalho de parto serão as mesmas tanto para o parto normal como para a cesariana. O parto normal ocorre pela via vaginal, respeitando a fisiologia da mulher, proporcionando-lhe benefícios do tipo: menor risco de infecção,

mais econômico, rápido estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, e melhor recuperação pós-parto. E o parto cesárea, ocorre por via cirúrgica, indicada apenas em caso de complicações clínicas como DCP (Desproporção Céfalo-Pélvica), gestação gemelar, bebê transverso, e gestantes portadoras do vírus HIV (BRASIL, 2011).

Então, devido a indicação do Ministério da Saúde em favor do parto normal devido aos fatores mencionados anteriormente, através dessa teoria, segue abaixo diversos métodos para evitar a dor, tranquilizar a genitora, e garantir a segurança do parto sem interferências externas.

De acordo com a organização Amigas do Parto, existem cerca de 50 formas diferentes de alívio da dor, no trabalho de parto, durante o parto e pós- parto, que podem ser descritos pelo profissional enfermeiro durante suas consultas de pré-natal. Um dos primeiros itens citados é o de evitar o estresse, para isso a presença de um acompanhante ajudaria a mãe em um suporte emocional (DUARTE, 2011a). De acordo com a lei federal nº 11.108 de abril de 2005, e recomendação do Ministério da Saúde e OMS, é garantido a todas as mulheres a presença do acompanhante no Serviço Único de Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Assim como a Organização das Amigas do Parto, o Ministério da Saúde, também utiliza-se de métodos de deambulação para ajudar na posição e apresentação fetal, estudar melhores posições de alívio da dor, banhos de chuveiro ou imersão e massagens que podem ser feitas pelo acompanhante ou pelo profissional de saúde (BRASIL, 2001).

As medidas e/ou técnicas como o use de calor e frio superficiais, acupuntura, musicoterapia, cromoterapia, imersão na água, ervas e aromaterapia com óleos perfumados ainda não possuem escudos controlados para estabelecer sua efetividade. (BRASIL, 2001, p. 32).

Porém os métodos mais expostos e utilizados pelo profissional de saúde numa educação de um parto humanizado são os métodos de Dick-Read, Bradley e Lamaze.

O método de Dick-Read consiste na técnica do relaxamento, para melhora da fisiologia do parto, no objetivo de melhora da tríade medo – tensão – dor. O método de Bradley tem o objetivo do ambiente humanizado, caracterizado com silêncio e penumbra para que a passagem do feto do útero materno e o meio ambiente seja o mais natural possível. Além disso reforça-se a ajuda do acompanhante na hora das contrações colocando a sua mão sobre o abdome da mãe, ajudando-a na técnica da respiração (inspirando profundamente pelo nariz e expirando pela boca). E o método de Lamaze

conhecido como processo psico-profilático da dor, no qual a mulher foca seu olhar em um objeto de fácil acesso, para que este seja seu ponto focal no trabalho de parto (BRASIL, 2001).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

O tipo de pesquisa para o alcance dos objetivos enquadrar-se-á em um estudo do tipo descritivo exploratório com abordagem quanti-qualitativa.

Segundo Gil (2009) uma pesquisa exploratória tem por objetivo esclarecer idéias e conceitos para um estudo posterior, que envolva levantamento bibliográfico e documental, buscando uma visão geral sobre determinado fato.

Uma pesquisa descritiva tem a finalidade de descrever a característica de determinada população, fenômeno ou estabelecimento, tendo a utilização de técnicas padrão para a coleta dos dados (GIL, 2009).

Uma pesquisa quantitativa como o próprio nome já diz, é de emprego de quantificação de informações, a fim de garantir a precisão dos resultados (RICHARDSON, 2010). E uma pesquisa qualitativa consiste na análise de conteúdo, onde busca uma expressão da história teórica com a prática de campo (MINAYO, 2010).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família de Mossoró – RN, as mesmas foram: USF Francisco Marques da Silva – Alameda dos Cajueiros e USF Doutor José Fernandes de Melo - Lagoa do Mato. A escolha das USF foi por afinidades nas atividades práticas integradoras e pela facilidade do deslocamento da pesquisadora participante.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi constituída por gestantes atendidas nas USF de Mossoró-RN. A amostra foi constituída por 09 gestantes. Para seleção desta amostra foi observado os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar cadastrada no SIS PRÉ-NATAL, estar no terceiro trimestre de gestação, fazer parte da área adscrita a USF, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (APÊNDICE A). A princípio a amostra iria ser de 10 gestantes,

porém uma não se enquadrava nos fatores de inclusão acima citados.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos da pesquisa foi utilizado um instrumento de pesquisa do tipo Formulário, composto por um roteiro de perguntas fechadas e subjetivas, divididas em duas partes: a primeira com perguntas fechadas sobre a caracterização da amostra e a segunda com perguntas abertas e fechadas sobre a temática abordada (APÊNDICE B). Entende-se por formulário um contato face a face do pesquisador com o participante, no qual no momento da coleta as questões serão preenchidas pelo pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2012, após aprovação do Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB, e encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso de graduação da FACENE Mossoró-RN à Direção da Unidade de Saúde, do local da pesquisa. Antes da coleta, as participantes foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa, onde foi garantindo o sigilo das informações, e na oportunidade, foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados com base no enfoque do método quantitativo, apresentados em forma de gráficos contendo todos os resultados em porcentagens e discutido a luz da literatura pertinente.

Os dados qualitativos foram apresentados com o DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) que busca como objetivo a expressão sobre a opinião e/ou pensamento coletivo, onde seus depoimentos foram coletados através de questões abertas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006). O quadro foi desenvolvido através de expressões-chave que é a parte mais significativa do discurso pois é exatamente a opinião e/ou pensamento do entrevistado, no qual é escrita em primeira pessoa do singular que representa uma coletividade de pensamentos, e através destas expressões são extraídas

as idéias centrais que é uma síntese destas opiniões (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003).

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

Nesta pesquisa foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 1996). Bem como, a Resolução COFEN, nº. 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Em obediência a estas Resoluções, foram assegurados aos participantes da pesquisa informações no que diz respeito ao objetivo, a liberdade de cada indivíduo em participar, assim como também o direito de desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem algum prejuízo, o direito ao anonimato, a confidencialidade e a privacidade. Atentando ainda para o sigilo profissional.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Os fatores de caracterização da amostra aplicados aos participantes da pesquisa (APÊNDICE B), durante a coleta dos dados quantitativos serão apresentados através de gráficos, os quais estão constituídos aspectos do tipo: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, se as participantes são etilistas e/ou fumantes, quantos filhos tem e o atual mês de gestação.

Os dados coletados foram fornecidos por 09 gestantes interpretados da seguinte maneira:

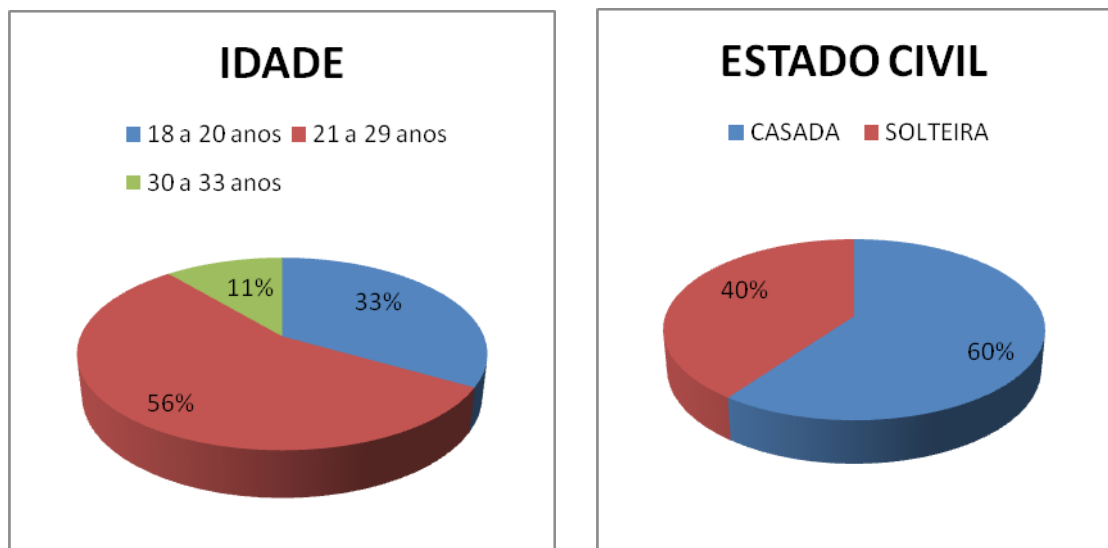


Gráfico 1 – Distribuição das gestantes de acordo com a idade e o estado civil

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

Dentro dos cenários de estudo, observou-se que as grávidas estão em predominância na faixa etária de 21 a 29 anos com 56%, totalizando 5 gestantes. Em seguida com 3 gestantes de faixa etária de 18 a 20 anos, representando 33%, dado este que vem de acordo com a pesquisa da “I Jornada Comunitária de Sexualidade e Afetividade em Saúde Reprodutiva” realizado na cidade de Mossoró, esse diz que a população jovem vem engravidando precocemente (AZEVEDO, 2001). Apresentou-se apenas 11% da amostra acima de 30 anos, que segundo pesquisas, é nessa idade chamada de balzaquiana que as chances de engravidar gira em torno de 20%

(DOUTORA... 2009). Para a distribuição destas gestantes os marcadores apontaram que a maioria são casadas e apenas 40% das entrevistadas são solteiras, este último dado pode ser reflexão das jovens que engravidaram precocemente de faixa etária de 18 a 20 anos demonstrados no gráfico acima.

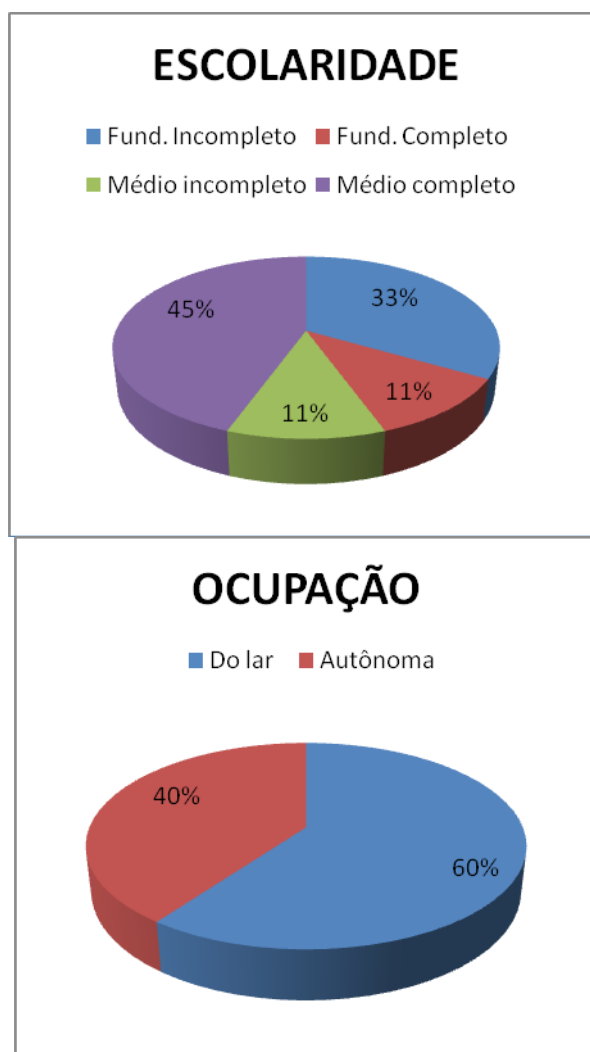


Gráfico 2 – Distribuição dos fatores escolaridade e ocupação dentre as gestantes entrevistadas

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

O gráfico 2 demonstra que a grande maioria das pesquisadas 45% (4 gestantes) conseguiu concluir o ensino médio. Porém uma grande porcentagem ainda não conseguiu completar o ensino fundamental, representado pelo índice de 33%. Com uma porcentagem de 11% cada, ficaram as gestantes com ensino fundamental completo e ensino médio incompleto.

Tais resultados nos leva a pensar que esse fator da educação, é um dos agravantes para que o índice de jovens grávidas aumente a cada dia como foi mostrado no gráfico 1, revelando que a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a busca pela saúde, sejam problemas a serem solucionados.

Levando em consideração os mesmos resultados, estes repercutem no cenário de ocupação destas gestantes, que representadas em 60%, à grande maioria são do lar, e os outros 40% são autônomas, portanto sem renda fixa mensal. Tais índices, revelam que a maioria das gestantes que não trabalham e/ou que são autônomas obtém como justificativa a não conclusão dos estudos e portanto a falta de capacitação para cargos de empregos com carteira assinada, ressaltando assim a futura dependência financeira dos seus parceiros e/ou pais.

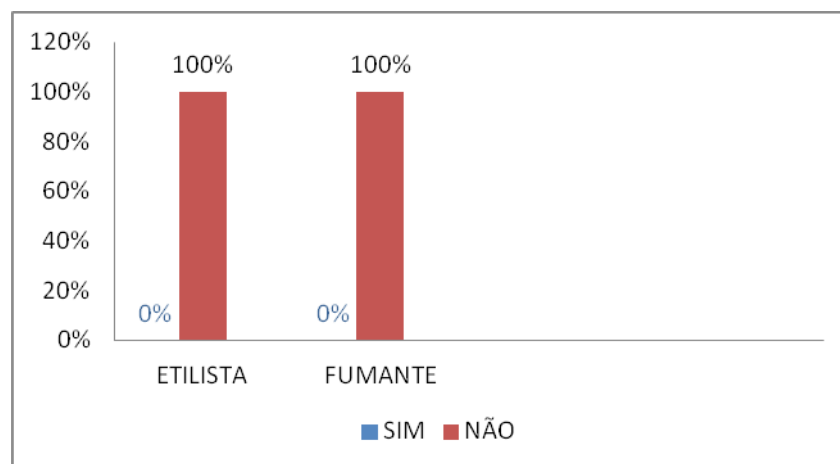


Gráfico 3 – Porcentagens de fumantes e etilistas dentre as gestantes entrevistadas

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

Verificou-se que 100% das gestantes não são etilistas e/ou fumantes, ou seja, não bebem nem fuma. Embora se possa observar que uma gestante relatou ter fumado durante 5 anos, e optou por deixar o vício para engravidar.

Respeitando o raciocínio de que todas as mulheres que não bebem e/ou fumam, nota-se que os problemas gerados por esses fatores – o álcool e o cigarro – são reduzidos a quase zero, como a calcificação da placenta e o bebê nascer abaixo do peso ideal (COTTON, 1990).

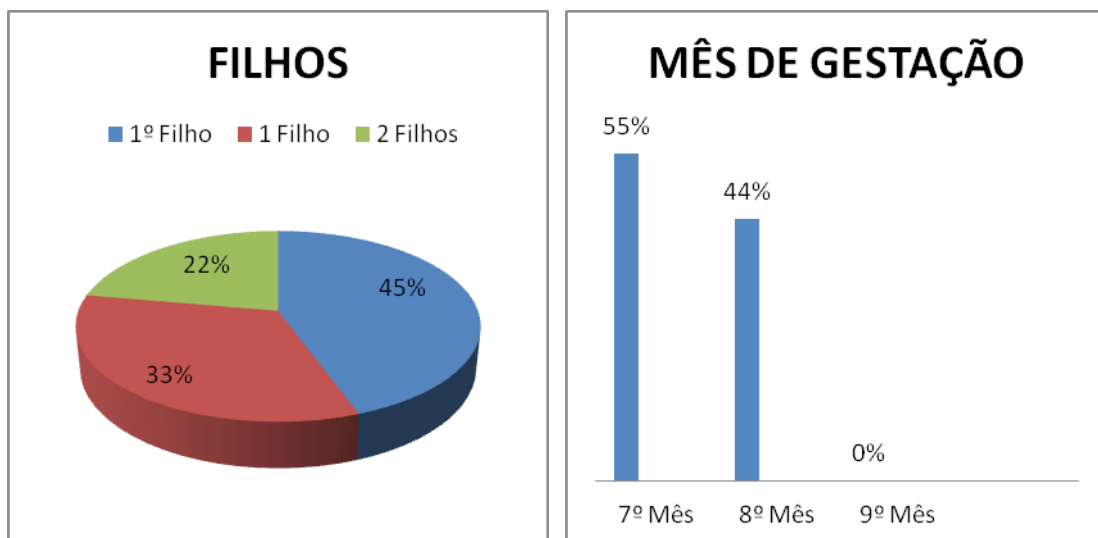


Gráfico 4 – Quantidade de filhos das gestantes e mês de gestação atual

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

No gráfico 4 constatou-se que grande parte da amostra entrevistada, estão a espera do 1º filho (45%), 33% já tem um filho (a) e apenas 22% já possuem 2 filhos e estão a espera do seu terceiro. Assim como cerca de 55% da população de estudo estão no 7º mês e 44% estão no 8º mês de gestação. Essa escolha de poucos filhos reflete na economia atual, ou seja, as mulheres têm a concepção de que ter muitos filhos, a despesa é grande. Segundo a Revista Crescer, em 2007 dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) a maioria das famílias brasileiras tinha em média, apenas dois filhos, porém hoje em dia pesquisas apontam que uma a cada três mulheres tem apenas um filho, sendo que a média dos anos anteriores eram de uma a cada dez mulheres tinham um filho (DIAS, 2011).

5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Para a realização da análise sobre a temática abordada, foi utilizado para as questões subjetivas, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), através de quadro contendo tema, idéias centrais e expressões-chave das participantes do estudo.

Com o intuito de garantir o anonimato das participantes, foram utilizados os seguintes codinomes: Margarida, Rosa, Tulipa, Orquídea, Hortênsia, Lírio, Flor de Lis, Jasmim e Bromélia.

5.2.1 Entendimento das Participantes Sobre Parto

Tendo em vista que a pesquisa fala sobre parto humanizado procurou-se saber a princípio das gestantes o que elas sabiam sobre parto, seus tipos, e dentre eles saber qual seria o de sua escolha. Podendo assim analisar a importância de informações básicas e fundamentais sobre cada tipo de parto, explicadas através dos enfermeiros durante as consultas de pré-natal.

A grande maioria das entrevistadas respondera de maneira semelhante, ocorrendo algumas variações dentre elas.

Para análise sobre o critério parto, as gestantes entrevistadas responderam as seguintes perguntas:

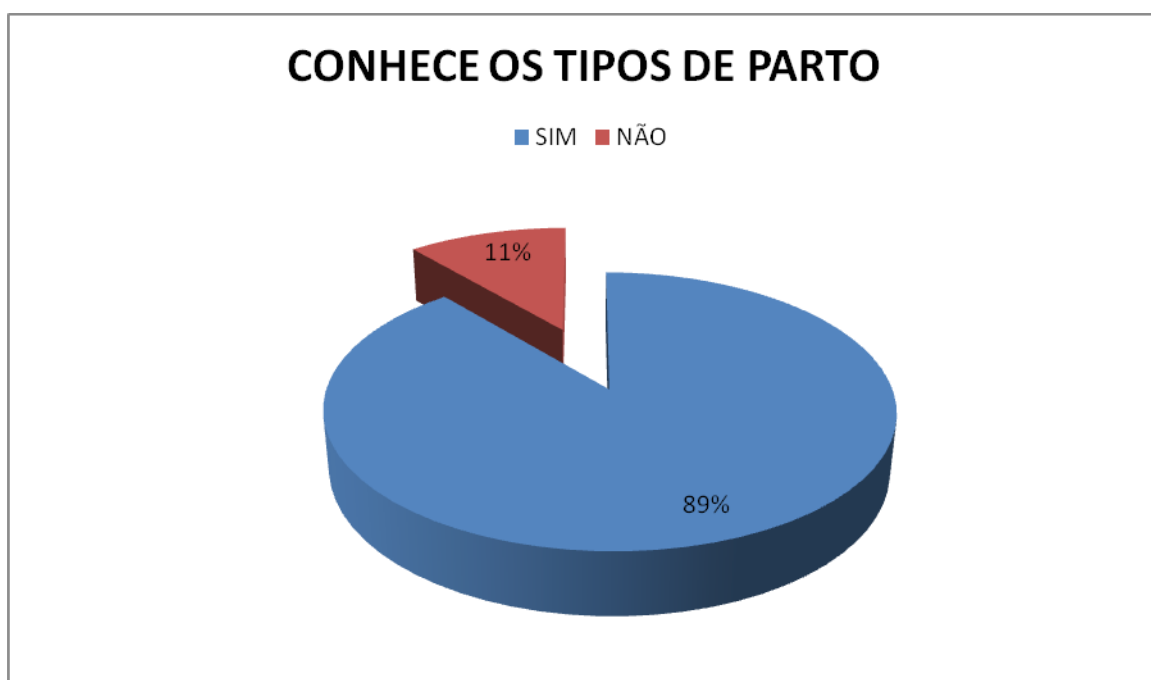


Gráfico 5 – Resposta para o questionamento “A senhora conhece quais são os tipos de parto? Quais?”

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

O gráfico acima apresentou que 89% das entrevistadas conhece os tipos de parto existentes, especificando que têm o parto cesáreo que acontece por via cirúrgica e o parto normal por via vaginal chamado também de espontâneo. E apenas 11% respondeu que não sabe quais são os tipos de parto que estão disponíveis.

Sabendo dos tipos existentes, é necessário que a mulher conheça de forma mais aprofundada sobre cada tipo de parto, os benefícios e as complicações, como será a re-

cuperação etc. Baseando-se, portanto nesta linha de pensamento, foi proposto que as gestantes expusessem quais orientações são ofertadas pelo (a) enfermeiro (a) da UBS sobre este tipo de questionamento.

O quadro 1 nos permite observar a Idéia Central e as Expressões-Chave em repostas das gestantes a questão: “Como à senhora vê as orientações do enfermeiro sobre o tipo de parto?”

TEMA	IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES-CHAVE
Tipo de parto	Orientações dos Enfermeiros adequadas ao tipo do parto	Lírio: “As orientações são boas. Ela explica tudo bem direitinho, ela diz as coisas boas de cada parto”. Flor de Lis: “A enfermeira falou que o parto normal é melhor a recuperação. E o cesáreo é cheio de frescura”. Bromélia: “Ela dá as devidas orientações, até mais que as consultas particulares”.
	O profissional enfermeiro ainda não informou	Rosa: “Ela não me informou nada ainda sobre isso”.

Quadro 1 – Idéia Central e as Expressões-Chave a questão: “Como à senhora vê as orientações do enfermeiro sobre o tipo de parto?”

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2012

Através deste quadro é possível analisar que muitas mulheres acreditam receber do enfermeiro (a) uma orientação adequada, baseada nas novas informações que muitas vezes não são prestadas por outros profissionais de saúde, como o médico por exemplo.

Como relata a participante Flor de Lis, no quadro supracitado, o profissional de enfermagem explica durante as consultas de pré-natal principalmente no último trimestre de gestação, os benefícios do parto normal que respeita a fisiologia da mulher para o nascimento do bebê e, portanto proporciona a mulher uma recuperação muito mais rápida e segura. Ao contrário da cesariana que deve ser realizada apenas em gestante com classificação de alto risco e provenientes de indicações clínicas, no qual já é comprovado cientificamente, que sua recuperação é mais lenta (CASTELO, 2005).

Essas indicações clínicas são basicamente o deslocamento prematuro da placenta, da placenta prévia, do parto obstruído por uma desproporção céfalo pélvica

verdadeira, eclâmpsia materna entre outros (GALVÃO;DÍAS, 1999).

Porém as que responderam que ainda não receberam tais informações apresentaram a justificativa de que ainda estavam no início do terceiro trimestre, ou seja, no início do 7º mês de gestação.

Analisados então posteriormente à consulta de pré-natal, as benfeitorias e as intercorrências de cada parto, a amostra foi indagada com os seguintes questionamentos: “A senhora já escolheu o tipo de parto que gostaria de ter? qual?” e “Porque fez esta escolha?”, que estão desenvolvidas nos gráfico e quadro a seguir:



Gráfico 6 – Desejo das gestantes sobre qual tipo de parto gostariam de ter

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

Atualmente muitas mulheres optam pelo parto normal também conhecido como parto espontâneo que acontece pela via vaginal. Isso deve-se aos avanços tecnológicos e culturais que provam que a experiência de viver o parto normal pode ser escolhida pela mulher de forma satisfatória aplicando recursos que minimizem a dor, com anestesia por exemplo, reconhecido pelos médicos como o parto mais natural possível e menos invasivo, pois como já foi dito anteriormente, respeita o momento e hora exata para o nascimento do bebê (CASTELO, 2005). Isso é refletido no gráfico acima que apontam que 56% das entrevistadas escolheram o parto normal como opção de melhor tipo de parto.

Em contra partida pode observar neste mesmo gráfico que ocorreu um aumento

da escolha pelo parto cesáreo, por via cirúrgica, com 44% de opção das entrevistadas.

Este aumento do índice das cesarianas se refere segundo o obstetra Marcos Augusto Dias, doutor em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), pela não divulgação e pouca valorização das complicações cirúrgicas durante e após este tipo de parto, além do conforto médico – que dispõe de hora marcada para começar e terminar a cirurgia, e deficiência da formação de profissionais obstetras em relação à assistência ao parto normal (DIÁRIO DE SAÚDE, 2011).

Já Galvão e Días (1999) afirmam que o aumento do índice das cesarianas se deve ao fato de ocorrer a cada ano que passa melhoras e progressos em relação as técnicas cirúrgicas, como anestésias, hemoterapias, antibioticoterapia, controle da contaminação cirúrgica, enfim fatores que tornam a cesárea uma técnica cada vez mais segura.

TEMA	IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÃO-CHAVE
Parto normal	Melhor recuperação	Hortênsia: “ Porque no meu caso, que não tenho mãe aqui a recuperação vai ser mais rápida pra poder cuidar da minha filha”
	Dor	Margarida: “(...) e só senti dor na hora do parto”.
	Orientações prestadas pelo enfermeiro no pré- natal	Orquídea: “Por causa das orientações do enfermeiro”
Parto cesárea	Laqueadura tubária	Tulipa: “Porque quero fazer a laqueadura, e porque não tenho passagem”.
	Ausência de dor	Rosa: “Porque é melhor, não sente dor, não sente nada”.

Quadro 2 – Idéia central e expressão chave da questão “Porque fez essa escolha”

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

Respondendo a pergunta do quadro acima, a população entrevistada que optou pelo parto normal, consideraram três idéias, a de melhor recuperação, dor e orientações do enfermeiro durante as consultas de pré-natal.

Segundo a médica obstetra Deborah Klimke (2008), a melhor recuperação do parto normal se refere ao menor risco de infecções, e por não haver abertura da cavidade abdominal. Já a idéia da dor é relativa já que o psicológico varia de mulher para mulher, podendo ser trabalhado durante as consultas de enfermagem com a presença do

companheiro, desenvolvimento de exercícios aeróbicos e a técnica da respiração.

Já as que optaram pelo parto cesárea, são influenciadas por dois fatores que são determinantes para a escolha deste tipo de parto, que é o medo da dor durante o trabalho de parto, onde a mulher receberá anestesia para a hora do parto, e posteriormente ficará usando por um certo período depois a cirurgia analgésicos. E que essa cirurgia será uma ótima oportunidade de realizar a laqueadura tubária, possibilitando assim apenas uma cirurgia ao invés de duas, no qual segundo estudos do PAISM, o estado de São Paulo no ano de 1987 realizou 72% das cirurgias de esterilização em partos cesáreas (FAÚNDES; CECATTI, 1991). Ou seja, os principais determinantes da realização de uma cesárea não são os fatores médicos e sim o sociodemográficos e estéticos (GALVÃO; DIAS, 1999).

5.2.2 Concepção das Gestantes Sobre Parto Humanizado

Com relação ao parto humanizado, que seria a parte mais característica da pesquisa trabalhada, as entrevistadas responderam sobre o que sabem sobre tal assunto, que estão expressas nas seguintes perguntas:

TEMA	IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÃO-CHAVE
Parto Humanizado	Entendimento sobre parto humanizado	Tulipa: “Pelo o que eu conheço é o parto normal feito em casa”
	Não entende sobre parto humanizado	Margarida: “Não sei , nunca ouvi falar” Jasmim: “Não sei” Lírio: “Nunca ouvi falar”

Quadro 3 – Idéia central e expressão chave da questão “O que a senhora entende como parto humanizado?”

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

Observou-se a maioria das gestantes não sabem o conceito de parto humanizado, porém o grande agravo consiste em elas referirem nunca terem ouvido sobre tal assunto, ressaltando que as informações não chegam através de veículos de comunicação e nem de consultas de pré-natal, seja a mesma realizada pelo enfermeiro ou médico. Agravo este que pode ser refletido no gráfico 4 que indica o aumento do índice das cirurgias cesarianas.

A humanização do parto surgiu através da criação do Programa de Humanização

no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, que busca como principal objetivo e meta, melhorar a acessibilidade, a qualidade e a cobertura das consultas pré natais, da assistência ao parto e ao puerpério, exercendo o direito da cidadania (BRASIL, 2002).

O conceito propriamente do parto humanizado segue o do Ministério da Saúde, relata que cada gestante tem o direito de ter no mínimo 6 (seis) consultas de pré-natal e vaga garantida em um hospital na hora do parto. Porém existem outros conceitos que visam a complementar este já citado, que seria os conceitos dos médicos e de alguns hospitais públicos, por exemplo. Os médicos definem parto humanizado como o tempo em que o bebê fica em cima da barriga da mãe tendo aquele primeiro vínculo afetivo antes de ser levado para o berçário, já os hospitais públicos dizem que humanização do parto refere aos benefícios ofertados a mãe para sua tranquilidade, como salas de parto individuais, presença de acompanhante, incentivo a amamentação entre outros (DUARTE, 2011a).

O parto normal também pode ser chamado de “parto humanizado” devido ao respeito e carinho com que são tratados os protagonistas do processo de nascimento, o binômio mãe-filho (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2010). Este conceito pode ser observado no quadro acima, onde uma das entrevistadas denominada Tulipa relata que no seu entendimento parto humanizado é o parto normal.

Depois de questionadas sobre o parto humanizado, a pesquisa procurou saber das gestantes se eram ofertadas informações sobre como as mesmas poderiam melhorar e/ou aliviar a dor na hora do parto, que é uma das principais queixas das pacientes durante o trabalho de parto.

O quadro 4 nos permite observar a Idéia Central e as Expressões-Chave em repostas das gestantes a questão: “Na consulta pré-natal, a senhora recebe algumas orientações sobre manobras de alívio da dor para na hora do parto? SIM ou NÃO? Quais?”

TEMA	IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÃO-CHAVE
Manobra de alívio da dor	Ainda não deu as orientações devido a gestante ainda estar no 7º mês	Flor de Lis: “ Ela ainda não me falou nada, até porque eu ainda estou no 7º mês”. Lírios: “ Ainda não recebi essas orientações”.
	Manobras de alívio	Tulipa: “ Manter a calma, respirar fundo, não gritar...”.

Quadro 4 – Idéia central e expressão- chave para a questão “Na consulta pré-natal, a senhora recebe algumas orientações sobre manobras de alívio da dor para na hora do parto? SIM ou NÃO? Quais?”

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

Verificou-se no quadro acima grande parte das mulheres encontravam-se no início do terceiro trimestre, portanto no 7º mês de gestação, alegando assim que ainda não tinham recebido orientações de enfermagem durante as consultas de pré-natal sobre manobras de alívio da dor.

De acordo com o COREN do estado de São Paulo do ano de 2010, o parto natural denominação atual do parto normal, existem inúmeras maneiras de buscar uma passagem saudável e tranquila do bebê do útero materno para o meio externo. Dentre elas existem o de atenção psicológica e assistência técnica.

O apoio psicológico se dá através da transmissão de tranquilidade, respeito, paciência, cumplicidade e segurança na relação do profissional de saúde e a paciente, além de permitir a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto, direito da mulher garantido por lei. Já o apoio técnico acontece através dos benefícios trazidos por este tipo de parto para a mulher, ou seja, a assistência técnica humanizada acontece em o enfermeiro deixar a paciente a vontade em seu trabalho de parto, trabalhando com ela a deambulação para melhoria do canal de passagem do bebê para o nascimento, banhos, massagens, técnicas de relaxamento que tire o foco da mulher para a tensão, medo e a dor do trabalho de parto (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2010).

Tais fatores preponderantes para o alívio da dor do parto são ressaltados pela entrevistada Tulipa, que representa a minoria do índice das gestantes conhecedoras do assunto.

5.2.3 A Visão das Gestantes Sobre a Consulta Pré-Natal

Por fim, o formulário trás às participantes da pesquisa, questionamentos sobre as consultas de pré- natal que é de suma importância para o bom desenvolvimento da gravidez. Para tal análise as questões respondidas foram as seguintes:

TEMA	IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÃO-CHAVE
------	---------------	-----------------

Recebem orientações nas consultas de pré-natal	Esclarecimento de dúvidas	Hortênsia: “Tira minhas dúvidas, me esclarece sobre amamentação, como limpar o bico do seio, beber bastante líquido e comer verdura”. Tulipa: “Pra mim são satisfatórias, porque a mesma coisa que ela diz, o médico também diz”.
Não recebem orientações nas consultas de pré-natal	Mais orientações sobre o parto	Rosa: “Ela precisa falar mais, dar mais orientações principalmente sobre o parto”.

Quadro 5 – Idéia central e expressão-chave para o questionamento “Na sua opinião, as orientações ofertadas durante as consultas do pré-natal nesse último trimestre são satisfatórias? Porque?”

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

O pré- natal deve ser acompanhado pelo enfermeiro de forma contínua e corriqueira. O papel do enfermeiro deve abranger cuidados desde o diagnóstico da gravidez, parto e puerpério orientando a mãe a nunca deixar de retornar a UBS após o nascimento do RN (recém – nascido) para acompanhamento do C e D (Crescimento e Desenvolvimento).

As orientações devem ser expostas as gestantes de acordo com seu tempo de gestação. Assim as informações devem partir da explanação da importância do pré-natal, de uma alimentação adequada, sono e repouso preservados, cuidados com a higiene e residência, entre outros.

Para as orientações do terceiro trimestre a partir das 28 semanas, o enfermeiro deve incentivar a mulher para o parto normal, aleitamento materno (de preferência exclusiva até o sexto mês do RN), incentivar o protagonismo da mulher, além de promover ações educativas de forma contínua sobre o bom curso da gravidez, trabalho de parto, modificações morfofisiológicas, cuidados com o RN, orientações sobre nutrição e esclarecimentos de medos e fantasias existentes sobre o parto (ALMEIDA et al, [2009]).

Pode-se perceber que algumas destas orientações básicas citadas anteriormente são ofertadas pelo enfermeiro no pré-natal como ressaltou Hortênsia e Tulipa que

representa a maioria das entrevistadas.

Alem das orientações existem as assistências técnicas que o enfermeiro tem que oferecer as gestantes no pré-natal.

Visando este pensamento foi indagada uma pergunta as participantes da pesquisa sobre a visão das mesmas sobre a assistência prestada pelo profissional de enfermagem nas consultas de pré-natal.

O quadro 6 nos permite observar a Idéia Central e as Expressões-Chave em repostas das gestantes a questão: “Como a senhora vê a assistência de enfermagem prestada durante as consultas do pré-natal?”

TEMA	IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÃO-CHAVE
Assistência técnica no pré-natal	Esclarece as dúvidas	Hortênsia: “ ótima, eu gosto do atendimento do enfermeiro, são simpáticos, tira minhas dúvidas, oferece mais informações que eu preciso”. Flor de Lis: “ A assistência é muito boa, explica o que é bom e o que é ruim para o bebê e para mim”.
	Oferece exemplificações	Jasmim: “ (...) explica como dormir, como alimentar-se, ela cita exemplos das coisas”. Orquídea: “(...) os horários dos remédios, diz como que tem que ser a alimentação, o jeito de dormir, as melhores roupas para não machucar a barriga, a melhor forma de fazer as coisas em casa (...)”.
	Realiza exame físico	Jasmim: “ Ela examina a gente (...)”. Orquídea: “ (...) ele examina, pergunta se as pernas estão inchadas, faz a palpação, usa o sonnar (...)”.

Quadro 6 – Idéia central e expressão- chave a questão “Como a senhora vê a assistência de enfermagem prestada durante as consultas do pré-natal?”

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2012

A humanização da assistência ao parto e ao nascimento deve respeitar as escolhas da parturiente, dando-lhe o direito a gravidez segura e saudável tanto para ela como para o bebê. Assim as possibilidades de incluir a família no processo de tranquilidade da parturiente no que diz respeito a escolha do tipo de parto, local do parto , posição que quer parir, são validas (MARQUES;DIAS;AZEVEDO, 2006).

Ainda segundo o autor supra citado, uma boa assistência de enfermagem para o

parto deve acontecer a partir das consultas do pré-natal. O enfermeiro deve realizar o histórico de enfermagem com uma entrevista coletando todos os dados pertinentes, como identificação e situação socioeconômica, esclarecendo suas primeiras dúvidas. A partir daí é realizado o exame obstétrico que visa identificar precocemente problemas com o bebê, para posteriormente exprimir seus planos de cuidados. Fatores que foram explanados pelas entrevistadas no quadro acima.

Para Rejane Antonello Griboski e Dirce Guilhem (2006) a aproximação da humanização e assistência permite que a relação entre paciente e profissional de saúde seja mais igual, sem presença de autoridade e desigualdade, fazendo assim com que ocorra o resgate da autonomia da mulher sobre o seu parto.

As consultas de enfermagem nas parturientes devem obedecer a uma regra que é a de solicitação de exames para saber se está tudo bem com a gestação, como sorologias hemograma, sumário de urina entre outros, além que conferir o cartão de vacina. Após estes exames laboratoriais deve-se examinar a mulher em seu todo conferindo assim o exame físico geral registrando sua pressão arterial, peso, altura, inspeção de pele, mucosas e mamas e posteriormente realizado o exame obstétrico detalhado que tem por objetivo saber o desenvolvimento da formação e posição do bebê (SÃO PAULO, 2004).

O exame obstétrico deve conter a palpação abdominal, realizado a medição da altura uterina, anotar e avaliar o gráfico de crescimento e desenvolvimento do bebê que será de forma mais perceptível a partir da 16ª semana. Além disto realizar a ausculta dos batimentos cardio-fetais (SÃO PAULO, 2004). Informação esta ressaltada pelas entrevistadas representadas no quadro acima.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização em assistência ao parto e nascimento no Brasil e, particularmente em Mossoró, ainda é muito insuficiente, apesar de muitos profissionais de saúde sa-

berem noções básicas sobre o assunto, e muitas vezes não buscam atualizar os seus conhecimentos sobre esta área.

Durante o desenvolver da pesquisa pode-se observar e analisar que esta deficiência se reflete no desconhecimento das gestantes sobre o que é parto humanizado, informação esta que deveria ser esclarecida em uma consulta de pré-natal, já que muitas referem não ter esta informação através dos veículos de comunicação. De acordo com a visão das gestantes sobre parto humanizado, a assistência de enfermagem durante as consultas de pré-natal é deficiente neste ponto.

É necessária uma melhoria de grande escala na assistência prestada para que a escolha do parto natural ganhe grande proporção sobre o parto cesárea, que vem ganhando espaço nos dias atuais.

De acordo com as entrevistadas as orientações prestadas durante as consultas, são consideradas boas, pelo desenvolvimento de grande parte das atribuições do enfermeiro, porém é ressaltado que as mesmas consultas deixam a desejar no que diz respeito à humanização pré-parto, ou seja, a preparação da mulher para o momento de dar à luz, a melhoria das orientações sobre trabalho de parto, que são informações que passam despercebidas pelas gestantes durante o pré-natal e que são lembradas apenas quando elas precisam que é no hospital, na sala de parto, principalmente em se tratando de gestantes de primeira viagem, muitas vezes leigas sobre tal assunto de humanização.

Constatou-se ainda que as orientações, as solicitações de exames e os exames físicos e obstétricos são prestados de acordo com a idade gestacional, em contrapartida com a chegada do terceiro trimestre as informações ofertadas muitas vezes são saltadas para os cuidados pós-parto, esquecendo a necessidade de informá-las sobre como lidar com a dor e o medo do parto em si, esquecendo de auxiliá-las no que diz respeito a manobras de alívio da dor. As orientações são restritas a ajuda psicológica, técnicas de amamentação e esclarecimentos de dúvidas comuns como a alimentação, os enjoos, o sono e repouso, horários de medicamentos, riscos gestacionais e a prática de exercícios físicos.

Portanto, as orientações prestadas pelos enfermeiros nas consultas de pré-natal durante todo o processo gravídico puerperal, não deve limitar-se apenas ao modelo de consultas comuns baseadas em tirar dúvidas corriqueiras e sim buscar o diferencial dos demais profissionais de saúde, ou seja, buscar uma verdadeira assistência humanizada, respeitando e considerando os sentimentos e valores de cada mulher.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas** . Rio de Janeiro, 2008.

ALMEIDA, R.A.S et al. **As orientações de enfermagem durante o pré natal**. [2009]. Disponível em: < <http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF02.10.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2012.

AZEVEDO, A. **Jornal O Mossoroense**. 2001. Disponível em: < <http://www2.uol.com.br/omossoroense/1802/diaadia.htm>>. 2001 . Acesso em: 01 abr 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resoluções. 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 17 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. 3.ed. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: Humanização no Pré natal e nascimento**. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico**. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da saúde. **Cirurgia cesariana pode trazer mais complicações e uma pior recuperação pós parto**. 2011a Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911> . Acesso em: 20 out. 2011.

_____, **Paism – apresentação**. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236>. Acesso em: 06 out. 2011.

DOUTORA fala sobre fertilidade da mulher na idade da Loba. **Caderno homem e mulher**. Disponível em: < <http://www.plox.com.br/caderno/homem-e-mulher/doutora-fala-sobre-fertilidade-da-mulher-na-idade-da-loba>>. 2009. Acesso em : 01 abr 2012.

CASTELO, V. **Saiba as diferenças entre o parto normal e a cesariana. E agora? A difícil escolha entre o parto normal e a cesariana**. 2005. Disponível em: < <http://www.alobebe.com.br/site/revista/reportagem.asp?Texto=375>>. Acessado em: 15 abr 2012.

CASTRO, J.C; CLAPIS, M.J. **Parto humanizado nas percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. 2005. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48265_5776.PDF>. Acesso em: 21 dez. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 311 de 8 de

fevereiro de 2007. **Apresenta o Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/site/resolucoes/res_cofen_311-2007.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parto natural.** 2010. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf>. Acesso em: 17 abr 2012.

COTTON, J. **O futuro é triste para a criança quando a mãe fuma durante a gravidez.** 1990. Disponível em: <<http://www.taps.org.br/Paginas/fumoartigo02.html>>. 1990. Acessado em: 01 abr 2012.

DIÁRIO DE SAUDE. **Por que médicos e pacientes optam pela cesariana?** 2011. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/humanizacao-parto/conteudo.asp?cod=148>>. Acesso em: 15 abr 2012.

DIAS, L. **Revista Crescer.** 2011. Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI7331-15546,00.html>>. Acessado em: 02 abr 2012.

DUARTE, A.C. **Planos de parto – condutas e procedimentos médicos.** 2011a. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/plano3.html>>. Acesso em: 27 out. 2011.

DUARTE, A.C. **Tipos de parto.** 2011b. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/tipos.html>>. Acessado em: 17 abr 2012.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Caderno de Saúde Pública**, vol.7, nº.2, Rio de Janeiro, 1991.

GALVÃO, L.; DÍAS, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec Population Council, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p.349-353, 2008.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006.

KLIMKE, D. **Benefícios do parto normal.** 2008. Disponível em: <http://www.partosemdor.com.br/portugues/forum_artigos_topico.php?idQuestao=14>. Acessado em: 15 abr 2012.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – comunic, saúde, educ**, vol.10, nº20, p.517-524, 2006.

LEFEVRE,A.M.C; CRESTANA,M.F; CORNETTA,V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo – 2002. **Saúde e Sociedade**, vol.12, nº2, p.68-75, 2003.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARQUES,F.C; DIAS,I.M.V; AZEVEDO,L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem Esc Anna Nery**, p.439-447, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo, 2010.

MONTENEGRO, C.A.B; REZENDE FILHO, J. R. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.

PENNA, L.H.G.; CARINHANHA, J.I.; RODRIGUES, R.F. Consulta coletiva de pré-natal: uma proposta para uma assistência integral. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.16, n.1, 2008.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

SÃO PAULO (Município). **Atenção a saúde da mulher: protocolo de enfermagem**. 3.ed. 2004.

SERRUYA, S. J. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/D-suzanne_final.pdf>. Acesso em: 27 out. 2011.

SHIMIZU, H.E.; LIMA , M.G.. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n. 3, p.387-392. 2009.

XIMENES NETO, F.R.G. et.al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.5, 2008.

TEIXEIRA, I.R.; AMARAL, R.M.S.; MAGALHÃES, S.R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Revista Científica do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde**, v.3, n.2, p.26-31, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Isadora Rodrigues Cavalcante, aluna do 8º período do curso de Graduação em

Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE, sob a orientação da pesquisadora responsável Verusa Fernandes Duarte, venho solicitar sua autorização para participação na pesquisa intitulada “Opinião de gestantes sobre a orientação do parto humanizado durante a consulta pré natal em uma Unidade de Saúde da Família no município de Mossoró/RN”.

Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar na opinião de gestantes sobre a orientação do parto humanizado durante a consulta de pré-natal, e os objetivos específicos: caracterizar a situação social das gestantes entrevistadas; analisar o conhecimento das gestantes sobre o parto humanizado; verificar na concepção das gestantes as orientações oferecidas pelos os enfermeiros para a escolha do melhor tipo de parto; conhecer na opinião das gestantes a assistência de enfermagem durante as consultas ao pré-natal.

Desta forma, o interesse pelo tema, surgiu devido à afinidade com o tema proposto, e da vivência acadêmica em estágios curriculares supervisionados de Enfermagem em saúde da mulher e obstetrícia, pude perceber algumas falhas na transmissão de informações à gestantes para um melhor parto humanizado nas UBS (Unidades Básicas de Saúde), observando assim a escolha do parto já pré-definido pelas gestantes, sem indicações clínicas, apenas pela comodidade e pela opinião de familiares.

Será realizada a aplicação de um formulário composto por um roteiro de perguntas diretas e objetivas. No qual a primeira parte do formulário será com questões de caracterização da amostra e a segunda parte sobre o tema proposto, não apresentará riscos para as participantes da pesquisa.

Esclareço que as informações coletadas no formulário serão utilizadas somente para os objetivos da pesquisa. A senhora têm liberdade de desistir a qualquer momento da participação da entrevista a ser realizada. As informações ficarão em segredo e seu anonimato, será preservado. Em nenhum momento a senhora terá prejuízo financeiro e não receberá dinheiro para participar de tal estudo, será uma participação gratuita. Em caso de esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável Verusa Fernandes Duarte, através do telefone (84) 9991-0271.

Consentimento pós-esclarecimento

Eu, _____, concordo em participar

desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido, estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento com a primeira página rubricada e na última assinada por mim, juntamente com a pesquisadora responsável em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2012.

Participante da Pesquisa/Testemunha

Prof. ^a Esp. Verusa Fernandes Duarte
Pesquisadora Responsável



Endereço da pesquisadora responsável:

AV. Presidente Dutra, 701 Alto de São Manoel, Mossoró-RN Fone: (84) 3312-0143

Email: verusafd@facenemossoro.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP R. Frei Galvão, 12, Gramame-João Pessoa-PB. Fone: (83)2106-4792

Email: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - FORMULÁRIO

FORMULÁRIO

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Idade:

Escolaridade:	<input type="checkbox"/> analfabeta	<input type="checkbox"/> ens. Fund. completo	<input type="checkbox"/> ens. Fund. incompleto	<input type="checkbox"/> ensino médio completo	<input type="checkbox"/> ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> ensino superior
Estado civil:	<input type="checkbox"/> solteira	<input type="checkbox"/> casada				
Ocupação:	<input type="checkbox"/> assalariada	<input type="checkbox"/> autônoma	<input type="checkbox"/> do lar	outros:		
Etilista:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	quanto tempo:			
Fumante:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	quanto tempo:			
Quantos filhos:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	outros:	
Mês de gestação:	<input type="checkbox"/> 7º	<input type="checkbox"/> 8º	<input type="checkbox"/> 9º			

PARTE II – SOBRE A TEMÁTICA ABORDADA

1. A senhora conhece quais são os tipos de parto? SIM NÃO

Quais?

2. Como a senhora vê as orientações do enfermeiro sobre o tipo de parto?

3. A senhora já escolheu o tipo de parto que gostaria de ter? SIM NÃO

Qual? normal cesárea

4. Porque fez essa escolha?

5. O que a senhora entende como parto humanizado?

-
6. Na consulta pré natal, a senhora recebe alguma orientação sobre manobras de alívio da dor para a hora do parto? ()SIM ()NÃO Quais?

7. Na sua opinião as orientações ofertadas durante as consultas do pré natal nesse último trimestre são satisfatórias?

() SIM () NÃO Porquê?

8. Como a senhora vê a assistência de enfermagem prestada durante as consultas ao pré-natal?

ANEXO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Ordinária realizada em 09 de Fevereiro de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "OPINIÃO DAS GESTANTES SOBRE A ORIENTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO DURANTE A CONSULTA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN", protocolo número: 02/12 e CAAE: 0203.0.351.000-12, da orientadora: Verusa Fernandes Duarte e da aluna: Isadora Rodrigues Cavalcante.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/12, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 27 de Fevereiro de 2012

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Karine Ferreira da Silva Mendes
 Secretária CEP - Facene/Famene